UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°104

L'ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 juillet 1922

PAR

MONAT (Charles)

Né à Clermont-Ferrand, le 18 septembre 1893

Croix de guerre

Médaille coloniale

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, Professeur, *Président.*	
	ESTOR, Professeur.	
	RICHE, Agrégé.	*Assesseurs.*
	ETIENNE, Agrégé.	

MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1922

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0107

L'ADÉNOPATHIE

SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE

DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°104

L'ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 juillet 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

MONAT (Charles)

Né à Clermont-Ferrand, le 18 septembre 1893

Croix de guerre

Médaille coloniale

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, Professeur. *Président.*	
	ESTOR, Professeur.	
	RICHE, Agrégé.	*Assesseurs.*
	ETIENNE, Agrégé.	

MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON. GRYNFELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen*.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT. FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIÈRE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT. GAUSSEL. EUZIERE. RIMBAUD. MARGAROT.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
Anatomie	DELMAS (J.).	Accouchements	DELMAS (P.)
Chimie	MESTREZAT.	Histoire natur.	GALAVIELLE. CABANNES.
		Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, prof^{r}, *président.*	MM. RICHE, agrégé.
ESTOR, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance et d'affection.

MEIS ET AMICIS

C. MONAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

C. MONAT.

L'ADÉNOPATHIE

SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE

DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

En 1863, Henoch (Klinik der Unterleibs-Krankheiten) signala le premier l'altération des ganglions sus-claviculaires gauches dans le cancer de l'estomac.

En 1886, Troisier montra quel parti le diagnostic doit tirer de l'adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'estomac.

Nous savons maintenant que la présence du ganglion de Troisier permet de répondre par l'affirmative, dans certains cas de diagnostic hésitant de néoplasme de l'estomac.

En 1886 Petit, Raymond et Troisier en 1888, montrèrent que secondairement à un cancer de l'utérus, des métastases cancéreuses peuvent se développer dans les ganglions sus-claviculaires gauches.

Mais les cas où le cancer de l'utérus retentit sur le ganglion de Troisier sont d'une extrême rareté.

MM. les professeurs Forgue et Massabuau s'expri-

ment ainsi (Nouveau traité de chirurgie, Paris, 1916), au sujet de la fréquence de l'adénopathie sus-claviculaire gauche, consécutive à un cancer de l'utérus : « On n'en connaîtrait que 5 cas indubitables dus à Cruveilhier, Wagner, Petit, Raymond et Troisier. »

En 1920, la littérature médicale n'en possédait toujours que 5 cas. Nous trouvons en effet (Précis de pathologie chirurgicale, Paris, 1920) les lignes suivantes de Begouin, relatives à la fréquence du ganglion de Troisier dans le cancer de l'utérus : « Très exceptionnellement (5 cas) on a constaté, comme dans le cancer abdominal, une adénopathie sus-claviculaire gauche (Troisier) qui serait due à une infection directe des ganglions par le reflux de la lymphe contaminée. »

Un cas de ce genre, le seul qu'il ait vu jusqu'à présent, fut observé dernièrement par M. le professeur Forgue.

C'est cette observation inédite, qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale ; que M. le professeur Forgue veuille bien recevoir l'expression de notre gratitude.

Nous publions dans ce travail, outre une observation inédite, celles de Petit, Raymond et Troisier.

Après un chapitre réservé à la pathogénie, nous étudierons les observations et tâcherons d'en dégager le tableau clinique de l'adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'utérus et de montrer quelle est sa valeur séméiologique.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Néoplasme du corps de l'utérus. — Adénopathie sus-claviculaire gauche

Mme Ph..., âgée de 49 ans, entre le 30 mai 1922 dans le service de M. le professeur Forgue, salle Dubrueil, nº 7, pour douleurs dans le bas-ventre et pertes rouges et blanches.

Elle a été réglée à 11 ans, ses règles ont été régulières et normales comme quantité et comme durée, jusqu'en octobre dernier ; elle a deux enfants bien portants, sa dernière grossesse s'est terminée par un avortement de trois mois.

Elle n'a jamais été malade et il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Elle est malade depuis 8 mois.

Début en octobre dernier par des pertes abondantes, puis par de véritables hémorragies.

Depuis décembre, les pertes se répètent tous les jours,

parfois des caillots sont expulsés avec le sang. En même temps, pertes blanches qui se mêlent aux rouges, ou leur succèdent, eaux rousses d'odeur très fétide, mais dont la quantité n'augmente cependant pas depuis quelque temps.

La malade souffre depuis le 22 mai, elle se plaint de douleurs généralisées à tout l'abdomen et irradiées au membre inférieur gauche.

Ces douleurs sont très violentes, paroxystiques, elle les compare à celles de l'accouchement.

Pas de vomissements, pas d'hyperthermie.

La malade est très affaiblie et reste couchée, elle aurait beaucoup maigri depuis quelque temps.

Anorexie ; constipation légère.

Elle urine bien, azotémie 0,36.

1er juin. — Elle a constaté la présence d'une « glande » de la grosseur d'une amande, dans le creux sus-claviculaire gauche. Se plaint de douleurs, dans le membre supérieur du même côté.

5, 6, 7 juin. — La tuméfaction ganglionnaire que la malade a vu apparaître est le siège d'un accroissement très rapide.

Cette tumeur est multilobée, elle est constituée par des ganglions mobiles, sans périadénite, elle est de la grosseur d'une mandarine et de consistance très dure.

On fait la numération globulaire et on établit la formule leucocytaire le 7 juin.

Numération globulaire :

Globules rouges	4.060.000
Globules blancs.....	11.800

Formule leucocytaire (p. 100) :

Polynucléaires neutrophiles et basophiles..	68
— éosinophiles	1
Grands et moyens mononucléaires.....	20
Lymphocytes	11

10 juin. — L'utérus est volumineux ; il dépasse le pubis de 4 travers de doigt, est surtout développé à droite, sa consistance est dure, sa mobilité est assez grande.

Le col est gros, arrondi, ulcéré.

On ne sent rien dans les culs-de-sac du vagin.

Il n'y a pas d'adénopathie inguinale.

A l'examen aux valves, on a constaté qu'en appuyant sur le fond de l'utérus on provoque un écoulement purulent qui s'échappe par l'orifice cervical.

On procède aux opérations suivantes :

1° Biopsie utérine.

2° On fait un prélèvement de l'écoulement purulent du col en vue d'un examen bactériologique, pour la recherche du bacille de Koch et des microbes pyogènes. Le pus ensemencé sur agar donna une culture de staphylocoques.

La recherche du bacille de Koch et l'inoculation au cobaye n'ont pu être réalisées, faute d'une quantité de pus suffisante.

3° On pratique l'ablation des ganglions sus-claviculaires pour un examen anatomo-pathologique.

Les résultats en ce qui concerne la biopsie utérine et les ganglions furent les suivants :

Examen de la biopsie utérine : carcinome utérin.

Examen des ganglions sus-claviculaires : métastase d'un carcinome utérin.

L'intervention est jugée inutile en présence de cette métastase éloignée.

20 juin. — L'adénopathie sus-claviculaire réapparaît et très rapidement elle acquiert le volume d'une mandarine et la dureté de la pierre.

La malade éprouve de nouveau des douleurs dans le bras gauche.

28 juin. — On place 150 milligrammes de radium dans l'utérus.

1er juillet. — Le radium est enlevé.

L'application fut très douloureuse, depuis la malade souffre beaucoup. On a recours à la morphine.

5 juillet. — Mme Ph... quitte le service.

Observation II

(Observation communiquée à la Société médicale des hôpitaux, par Raymond, séance du 12 novembre 1886.)

Ganglion sus-claviculaire gauche cancéreux dans un cas de cancer du col de l'utérus.

La nommée T... (Marie), âgée de 51 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Grisolle, lit n° 18, le 14 octobre 1886.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Les parents de la malade sont morts à un âge avancé, sans avoir présenté rien de particulier.

Antécédents personnels. — Aucune maladie sérieuse jusqu'au mois d'avril dernier. La malade a été soignée à cette époque pour un érysipèle de la face qui n'a duré que quelques jours.

Réglée à l'âge de 14 ans, d'une façon assez régulière

jusqu'en 1881, la malade a eu des enfants sans aucun accident.

En 1884, sans raison, pertes sanguines assez abondantes qui firent croire à la malade que ses règles revenaient. Depuis cette époque plus d'écoulement sanguin. La malade prétend même qu'elle n'a plus jamais perdu aucun liquide.

Début. — Elle fait remonter le début de son affection (amaigrissement et douleurs) au mois d'avril dernier. Elle prétend qu'elle a ressenti, pour la première fois, après la guérison de son érysipèle, de vives douleurs dans les reins, dans le bas-ventre et dans les cuisses, principalement dans la cuisse gauche. C'est à ce moment qu'elle a commencé à maigrir, a perdu son appétit et ses forces.

Etat le jour de l'entrée à l'hôpital (14 octobre). — La malade est très amaigrie. Sa peau est ridée et terreuse plutôt que jaunâtre. Elle accuse surtout de très vives douleurs dans la cuisse et la jambe gauches, douleurs qui sont très exagérées par la pression sur le trajet du sciatique. La pression du ventre ne provoque que peu ou point de douleurs. On ne sent point l'utérus. Au-dessus de la place qu'il occupe, la palpation profonde dénote la présence d'une tumeur dure et assez volumineuse.

Tous les autres organes paraissent absolument sains. D'ailleurs la malade ne se plaint absolument que de douleurs intolérables dans les reins, et surtout dans la cuisse gauche qu'elle conserve fléchie sur le bassin.

Au toucher vaginal le col utérin est dur, bosselé, déformé, légèrement béant. Le vagin semble intact, mais l'utérus tout entier est immobile, fixé dans le petit bassin.

En l'absence d'autres organes capables d'expliquer la cachexie et les douleurs sur le trajet du sciatique et dans la région lombaire, on diagnostique un carcinome utérin.

18 octobre.— La malade se cachectise de plus en plus. Elle accuse des douleurs de plus en plus vives dans sa jambe gauche, celle-ci est légèrement œdématiée. On remarque pour la première fois la présence, dans le creux sus-claviculaire et à 2 centimètres au-dessus de la clavicule, d'un ganglion très dur, un peu douloureux à l'examen, et de la grosseur d'une petite noisette. Pas de fièvre, mais anorexie complète. Insomnie. La langue est sèche, un peu fuligineuse. La malade se plaint constamment malgré les piqûres de morphine.

22 octobre. — L'état cachectique se prononce de plus en plus. Quelques douleurs sont également ressenties par la malade dans la jambe droite, qui est œdématiée, moins cependant que la jambe gauche. On sent dans le pli de l'aine une masse ganglionnaire dure et douloureuse à la pression. Le ganglion sus-claviculaire a augmenté de volume. Il paraît peu adhérent aux parties voisines.

1er novembre. — Rien de particulier à noter en dehors d'une aggravation persistante de l'état général et d'une augmentation des douleurs locales. L'œdème des jambes se prononce de plus en plus.

La malade n'éprouve point de difficulté dans l'émission des urines. Celles-ci ne contiennent pas d'albumine.

5 novembre.— L'état général est de plus en plus grave. La malade refuse toute nourriture. Sa langue et ses lèvres sont recouvertes de fuliginosités. Rien de particulier à noter en dehors des phénomènes signalés.

Mort le 6 novembre, sans autre symptôme qui mérite d'être rapporté.

Autopsie (8 novembre). — On trouve à l'ouverture de l'abdomen une petite quantité de liquide dans le péritoine. Les anses intestinales n'adhèrent pas entre elles, mais tout le mésentère, le grand épiploon et le péritoine sont infiltrés de noyaux néoplasiques de la largeur moyenne d'une pièce de dix sous. Quand on soulève l'intestin, on aperçoit, en arrière de lui, au-devant de la colonne sacro-lombaire, et un peu sur la gauche de la colonne vertébrale, une masse volumineuse, très dure, qui est constituée par une agglomération de ganglions lymphatiques adhérents entre eux et envahis par le processus néoplasique.

Le psoas iliaque est, à son origine, compris dans cette masse qui comprime les vaisseaux, les nerfs et englobe dans sa masse l'origine du canal thoracique que l'on retrouve plus haut, comprime l'uretère gauche très dilaté au-dessus d'elle.

Au-dessous de cette masse, on trouve l'utérus et ses annexes fixés par des adhérences pseudo-membraneuses. La vessie et le rectum sont indemnes de lésions.

L'utérus lui-même est peu augmenté de volume. Il est très dur et présente des lésions relativement peu accentuées. Le col, vu par le vagin, est transformé en une ulcération grisâtre, irrégulière. La partie inférieure du corps semble seule envahie.

Reins. — Hydronéphrose du côté gauche. Pas d'autre altération.

Le pancréas est un peu augmenté de volume et dur à la coupe. Il paraît macroscopiquement envahi par la néoplasie cancéreuse. Les ganglions mésentériques sont presque tous atteints.

Rate normale.

L'estomac ne présente, de même que l'intestin, d'altération d'aucune sorte.

Le foie, augmenté de volume, est farci de nodules cancéreux. A la surface et sur les coupes pratiquées dans l'intérieur de l'organe se détachent une série d'îlots de grandeurs différentes, allant du volume d'une noisette à celui d'une grosse noix, et représentant des tumeurs à diverses époques de leur évolution. Chacune d'elles est isolée, arrondie, quelquefois ramollie à son centre. Le parenchyme hépatique, plus foncé en certains points, revêt en d'autres une teinte grisâtre.

Pas de ganglions du côté de la concavité du diaphragme.

A l'ouverture du thorax on rencontre deux ou trois ganglions dégénérés au-devant du péricarde. Les poumons présentent des adhérences assez étendues avec la paroi costale et le diaphragme. A la base du poumon gauche on trouve un ganglion adhérent à la fois au diaphragme et à la base du poumon et pénétrant dans cet organe. Les poumons sont légèrement congestionnés. Ils contiennent quelques nodules cancéreux isolés, non ramollis. Au niveau du hile, ganglions atteints par la dégénérescence.

Le canal thoracique présente, vers la partie moyenne de son trajet dans le médiastin, une petite masse cancéreuse allongée située sur sa partie latérale et qui le laisse, tout en le comprimant, un peu perméable. Il existe relativement fort peu de ganglions dégénérés dans le médiastin.

Le ganglion situé au-dessus de la clavicule est disséqué et isolé avec soin. Il est gros comme un petit œuf de pigeon. Placé à trois centimètres au-dessus de la clavicule, sous le bord externe du sterno-mastoïdien, il

est recouvert par l'omoplato et le cléido-hyoïdien. Il est en dehors de la carotide interne, de la jugulaire interne et du pneumogastrique qui en restent indépendants. Enfin, il repose sur l'aponévrose prévertébrale.

Tous les autres organes sont sains. Le cœur est petit, un peu mou. Pas de cancer de l'œsophage.

Observation III

(Observation communiquée à la Société médicale des hôpitaux, par Petit, séance du 13 janvier 1888)

Ganglion sus-claviculaire gauche cancéreux dans un cas de cancer de l'utérus.

Mme B..., âgée de 48 ans, a reçu mes soins à diverses reprises depuis trois ou quatre ans pour différentes affections, entre autres, au mois de janvier dernier, pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et quelque temps après, au mois de mars, pour des troubles dyspeptiques, que j'avais rapportés à des défectuosités dans son régime alimentaire.

La mère de Mme B... est morte à 71 ans d'un « squirrhe du pylore » ; son père à 45 ans, d'accidents pulmonaires de longue durée, qui paraissent devoir être rapportés à la tuberculose.

Un frère de la malade est mort de la tuberculose pulmonaire à 27 ans. Six autres frères ou sœurs sont vivants et de bonne santé habituelle. Mme B..., ordinairement bien réglée, a eu un fils, aujourd'hui âgé de 28 ans et d'une santé assez délicate, bien que son apparence

extérieure soit celle d'un homme robuste. Elle a eu deux autres enfants : l'un mort en bas âge, l'autre ayant succombé l'an dernier à des accidents puerpéraux. La ménopause s'est établie sans accidents, à l'âge de 46 ans, et depuis deux ans les époques menstruelles ont cessé, le flux sanguin s'est reproduit deux ou trois fois seulement et en minime quantité.

Le 24 août 1887, M^me^ B... vient me consulter pour des douleurs siégeant à l'hypogastre et s'irradiant principalement vers la région lombaire ; douleurs spontanées, persistantes, accompagnées d'élancements, de sensations pénibles de pesanteur vers le fondement ; ces phénomènes douloureux remontent à deux mois environ, et depuis cette époque est apparu un écoulement blanc-roussâtre, assez abondant, offrant une odeur putride manifeste. L'appétit est supprimé ; les forces sont notablement diminuées.

L'examen des organes génitaux par le toucher vaginal et l'exploration au spéculum ne laissent aucun doute sur l'existence d'un épithélioma du col, assez étendu et propagé à une partie du cul-de-sac vaginal postérieur. Pas de métrorragies : à peine un léger suintement provoqué par l'examen.

Traitement : Injections antiseptiques. Lavements laudanisés. Liqueur de Fowler. Quinquina.

Je revois M^me^ B... le 7 octobre, à son retour de la campagne ; les accidents ont persisté sans grand amendement, la perte des forces s'est accentuée ; le teint est pâle, jaunâtre, l'état de cachexie est manifeste. L'examen local donne des résultats sensiblement identiques ; l'écoulement vaginal possède une odeur caractéristique très prononcée.

M^me^ B... attire mon attention sur une tumeur située

au-dessus de la clavicule gauche, qui serait apparue assez brusquement dans les premiers jours du mois de septembre. La malade a vu se développer à ce moment « une enflure » douloureuse dans la région sus-claviculaire ; cette enflure a diminué de volume au bout de peu de jours, en laissant une tumeur oblongue, presque indolore, du volume d'un œuf de pigeon, offrant la consistance de la pierre, peu mobile, située en arrière et au-dessus de la clavicule gauche, manifestement sous-aponévrotique, et paraissant composée d'un seul ganglion. Le bord supérieur de la clavicule semble la partager en deux parties à peu près égales.

Le médecin qui a soigné Mme B... à la campagne lui a dit qu'il s'agissait d'une « glande » et, de fait, cette tumeur offre tous les caractères d'un ganglion cervical cancéreux.

Aucune adénopathie cervicale du côté opposé ; aucun ganglion analogue dans les régions axillaires ou inguinales.

La palpation abdominale ne permet pas de constater l'augmentation de volume des ganglions lombaires.

Il n'existe ni syphilis, ni tuberculose, aucun trouble pulmonaire, aucun accident pouvant faire songer à un cancer gastrique ou œsophagien, aucune tumeur du sein.

Telle est, aussi résumée que possible, l'observation de notre malade. Si nous n'avons pas cru devoir attendre davantage pour la publier, c'est que le contrôle nécropsique nous sera refusé à quelque moment que survienne la terminaison fatale, malheureusement assez prochaine.

Nous ne pensons pas du reste qu'il puisse subsister le moindre doute dans l'esprit en présence d'un cancer

de l'utérus aussi typique, et d'une adénopathie cervicale offrant des caractères aussi tranchés ; c'est bien là le ganglion cancéreux avec sa dureté pierreuse, sa délimitation nette, son indolence relative. Telle a été également l'opinion de notre excellent maître et ami le docteur Reclus, auquel nous avons conduit Mme B..., sur les instances de son fils, qui désirait prendre un avis chirurgical, relativement à la possibilité d'une intervention opératoire. M. Reclus confirma de tous points notre diagnostic au sujet de la nature de la lésion utérine et de l'adénopathie sus-claviculaire, trouvant le fait d'autant plus intéressant qu'il n'en connaissait pas de semblable.

Il fut d'ailleurs, comme nous l'avions été précédemment, très affirmatif à l'égard de l'inopportunité de toute tentative opératoire : la propagation assez étendue du cancer utérin au cul-de-sac postérieur et à la portion contiguë du rectum, l'état cachectique et l'engorgement ganglionnaire lui ont paru des raisons suffisantes pour justifier son abstention.

Depuis le 11 novembre 1887, la tumeur ganglionnaire sus-claviculaire gauche a augmenté de volume, tout en prenant des caractères un peu différents de ce qu'elle offrait au début.

Le 7 décembre, elle est de la grosseur d'une mandarine environ, et se montre manifestement constituée par plusieurs ganglions accolés. Elle est toujours dure, ligneuse, indolore, sans adhérence à la peau. Mais elle est moins mobile. Elle détermine des douleurs de compression, et surtout des sensations paroxystiques de strangulation, sans autre phénomène net, directement attribuable à une compression nerveuse ou veineuse.

L'amaigrissement de la malade aidant, et sans doute l'augmentation de volume des tumeurs, on sent depuis

quelque temps, et très facilement aujourd'hui, une masse dure, bosselée, située profondément dans l'abdomen au-devant et un peu à droite du rachis, et sur laquelle on arrive par la palpation pratiquée à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. Il semble certain que l'on a affaire à une adénopathie mésentérique volumineuse, à laquelle se rattachaient vraisemblablement les vives douleurs lombaires qu'éprouvait la malade et qui semblaient très atténuées. Il s'est également montré des crises de vomissements muqueux et alimentaires, qui, depuis une dizaine de jours, ont presque disparu. Enfin, une violente douleur sciatique gauche par compression ou irritation de voisinage, avec légère parésie, en voie également d'amélioration.

Ni à la région cervicale, ni aux aisselles, ni aux aines, on ne trouve d'autres ganglions tuméfiés.

La cachexie s'accentue.

Nous avons su par la suite que Mme B.., était morte le 29 janvier 1888. Pas d'autopsie.

Observation IV

(Observation communiquée à la Société médicale des hôpitaux, par Troisier, séance du 13 janvier 1888)

Cancer de l'utérus. — Ganglions sus-claviculaires gauches

Une femme de 41 ans était entrée à la Pitié, le 8 décembre 1886, pour un cancer du col de l'utérus dont il

était difficile de préciser le début. Elle présentait tous les signes d'une cachexie avancée.

Vers le milieu de janvier 1887, on constata dans l'aine gauche une petite masse ganglionnaire qui se reliait à une masse plus volumineuse, siégeant dans la fosse iliaque correspondante.

Trois semaines plus tard, les ganglions de l'aine droite se prirent à leur tour. J'explorai chaque jour le creux sus-claviculaire ; le 17 janvier, je sentis nettement trois petits ganglions au-dessus de la clavicule gauche : l'un était situé entre les deux faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien, les deux autres à peu de distance du bord antérieur du trapèze. De nouveaux ganglions apparurent dans la même région, les uns superficiels, les autres profonds ; au bout de quinze jours, le triangle sus-claviculaire était tout entier occupé par une masse ganglionnaire, qui augmenta peu à peu de volume et qui acquit par la suite les dimensions d'un œuf de poule ; en même temps l'adénopathie s'étendit à toute la partie latérale gauche du cou ; là, des ganglions échelonnés derrière le sterno-mastoïdien formaient une chaîne qui remontait jusqu'à l'angle de la mâchoire ; d'autres s'étaient développés sous le trapèze.

Le 3 février, on constata les premiers signes d'une pleurésie du côté gauche ; la quantité du liquide augmenta peu à peu ; elle était de deux litres et demi environ au moment de la mort ; ce liquide était légèrement sanguinolent.

La malade mourut le 17 mars, deux mois après l'apparition des ganglions sus-claviculaires. On constata à l'autopsie que l'utérus était atteint d'épithélioma (la lésion portait sur le col et une partie du corps), que les ganglions iliaques, inguinaux, et que les ganglions lom-

baires présentaient la même altération ; les médiastinaux postérieurs et les trachéo-bronchiques n'étaient pas altérés ; mais les ganglions de la partie supérieure du médiastin étaient atteints et ne formaient qu'une masse avec les ganglions sus-claviculaires.

La chaîne ganglionnaire était donc interrompue depuis les ganglions abdominaux jusqu'aux ganglions de la région cervicale inférieure.

Il n'y avait pas de noyaux secondaires dans les poumons.

Tous les organes du petit basssin étaient recouverts par une nappe cancéreuse.

Les deux muscles psoas étaient infiltrés de nodules cancéreux reliés les uns aux autres par des traînées lymphatiques.

Le foie était parsemé de masses cancéreuses.

L'estomac était indemne.

PATHOGÉNIE DE L'ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE

Au sujet de la pathogénie de cette adénopathie, nous avons à nous poser deux questions :

1° Pourquoi, dans les cas qui nous occupent, le néoplasme secondaire se localise-t-il dans les ganglions sus-claviculaires du côté gauche ?

2° Quel est le mécanisme de cette adénopathie distante ?

Lorsque les ganglions prévertébraux sont atteints, nous pouvons admettre que la propagation du néoplasme s'est faite de proche en proche. Il existe alors une chaîne cancéreuse, s'étendant de la région atteinte la première — l'utérus dans les cas qui nous intéressent — à la région sus-claviculaire gauche ; le ganglion de Troisier est alors le dernier ganglion de cette chaîne.

Une adénopathie médiastine, consécutive à la production de noyaux secondaires dans le poumon, pourra aussi être suivie d'une adénopathie sus-claviculaire.

Mais la difficulté la plus grande n'est pas là.

En effet, il nous reste à déterminer le mécanisme de la métastase cancéreuse, dans les ganglions sus-claviculaires gauches :

1° Lorsque les ganglions intermédiaires sont restés sains, ce qui est peut-être le cas dans l'observation inédite que nous rapportons ;

2° Lorsque certains ganglions intermédiaires sont atteints (dans l'observation de Troisier les ganglions médiastinaux postérieurs et trachéo-bronchiques étaient sains).

C'est dans les rapports anatomiques que présentent les ganglions sus-claviculaires gauches avec le canal thoracique que nous devons chercher la solution de la question.

Nous pensons en effet que le canal thoracique sert d'intermédiaire, de trait d'union en quelque sorte, entre le néoplasme de l'utérus et les ganglions sus-claviculaires gauches.

A la sortie de la citerne de Pecquet, où il reçoit les lymphatiques utérins, le canal thoracique se porte verticalement en haut, et pénètre dans le thorax par l'orifice aortique du diaphragme.

Il continue son trajet ascendant, jusqu'à la hauteur de la quatrième vertèbre dorsale ; à ce niveau, il s'infléchit à gauche et se dirige obliquement vers l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale. A partir de ce point, il décrit une courbe à concavité inférieure (la crosse du canal thoracique), et finalement il s'ouvre dans la sous-clavière gauche en un point assez constant, l'angle dièdre que forment en s'unissant l'une à l'autre les deux veines sous-clavière et jugulaire interne du côté gauche.

Les lymphatiques efférents des ganglions sus-claviculaires gauches, qui sont représentés par des troncs très courts, s'abouchent dans le canal thoracique au niveau de sa crosse.

Nous voyons donc que, pour arriver aux ganglions sus-claviculaires, l'embolie cancéreuse doit parcourir le canal thoracique dans le sens du courant de la lymphe, et cheminer ensuite à contre-courant dans les vaisseaux lymphatiques sus-claviculaires.

Un certain nombre de conditions nous permettent de supposer qu'au point où les vaisseaux lymphatiques efférents des ganglions du cou s'abouchent dans la canal thoracique, il peut se produire un reflux de la lymphe.

La première de ces conditions consiste dans la courbure très accentuée que décrit le canal thoracique, courbure qui serait une cause d'entrave à la circulation de la lymphe.

Les autres conditions seraient toutes les causes (expirations, efforts, toux) qui déterminent un arrêt momentané de la circulation, et peut-être même un reflux du sang veineux dans les veines caves, reflux qui peut se faire sentir jusqu'au canal thoracique.

Nous voyons donc que ce reflux se produit par stase.

Pour expliquer cette infection ganglionnaire rétrograde, nous pouvons encore invoquer la propagation, non plus par le courant lymphatique, dont le sens n'aurait plus alors grande importance, mais par la voie lymphatique elle-même, par les parois de ses vaisseaux.

D'après ce qui précède, nous voyons que le canal thoracique sert de trait d'union entre la lésion utérine et le ganglion de Troisier.

Nous comprenons aussi pourquoi, dans les observations citées dans ce travail, l'adénopathie lointaine et rétrograde, qu'est l'adénopathie sus-claviculaire, siège à gauche.

ETUDE DES OBSERVATIONS

Dans les 4 observations que nous citons, nous voyons que des faits cliniques et anatomo-pathologiques bien nets prouvent d'une façon certaine que, dans le cancer de l'utérus, il peut se développer secondairement des noyaux cancéreux dans les ganglions sus-claviculaires gauches.

L'adénite cancéreuse du ganglion de Troisier s'est en quelque sorte formée sous les yeux des observateurs, en un temps très court, alors que le cancer de l'utérus existait depuis déjà assez longtemps.

Dans l'observation I, le cancer de l'utérus a débuté en octobre 1921, l'adénopathie sus-claviculaire est apparue le 1er juin, sa grosseur est alors celle d'une amande ; son accroissement est très rapide, puisque le 10 juin, jour de l'ablation de la tumeur, elle est du volume d'une mandarine, et de consistance pierreuse.

Cette tumeur est bien due au développement de métastases cancéreuses provenant d'un cancer de l'utérus.

L'interprétation des coupes de la biopsie utérine et du ganglion de Troisier fut faite par M. le professeur Massabuau ; qu'il veuille recevoir l'expression de notre

gratitude pour l'obligeance dont il fit preuve à notre égard.

Etude des produits de curettage utérin

Aspect macroscopique. — Les débris de muqueuse ramenés montrent macroscopiquement des caillots sanguins plus ou moins coagulés, englobant de petits amas grisâtres, constitués par les cellules épithéliales, provenant de la muqueuse utérine.

Examen microscopique. — Au milieu de vaste nappes sanguines on trouve de nombreuses glandes utérines très dilatées.

Certaines cellules glandulaires ont encore leur aspect cylindrique, d'autres ont proliféré, et les cellules épithéliales provenant de cette prolifération ont perdu leur aspect normal, sont devenues atypiques et ont complètement rempli la lumière de la glande, qui a été fortement dilatée sous l'influence de cette multiplication cellulaire.

A un moment donné, on voit la basale se rompre, sous la poussée de cette néoformation épithéliale, et les cellules jeunes en sortent pour aller se répandre dans le voisinage.

Nous assistons donc là à la transformation carcinomateuse de la tumeur.

Ganglion de Troisier

Macroscopiquement, le ganglion nous est apparu du volume d'une petite noix.

Au point de vue histologique, la tumeur a tellement

envahi cet organe que, au premier abord, il est difficile de retrouver les éléments constitutifs du ganglion.

Mais, après avoir fait un grand nombre de coupes, voici ce qu'il est permis de retenir :

La capsule est épaissie, les vaisseaux périphériques sont atteints d'endopérivascularite et, immédiatement au-dessus de la capsule, on trouve des amas d'éléments lymphoïdes, voire même la structure du follicule.

Mais, si l'on va plus loin, la structure ganglionnaire disparaît complètement sous l'envahissement des cellules épithéliales atypiques, qui forment de larges rubans et de vastes placards, séparés les uns des autres par des travées conjonctives et des nappes hémorragiques.

Les cellules qui constituent la tumeur ont un noyau volumineux, presque toujours en karyokinèse, prenant très bien l'hématéine.

Les cellules sont rondes ou ovalaires, tassées les unes contre les autres et disposées sans ordre.

Mais leur pouvoir de prolifération est tellement intense, que le tissu cellulo-adipeux que l'on rencontre autour du ganglion, sur la capsule, est totalement envahi par ces cellules atypiques.

Elles forment de larges placards et de vastes travées qui refoulent le tissu conjonctif, le dissocient et finissent par l'infiltrer complètement.

Ces cellules épithéliales atypiques présentent la même forme et la même structure que les cellules épithéliales glandulaires en prolifération de la muqueuse utérine.

Il nous paraît donc de toute évidence que nous assistons là à une métastase cancéreuse de la muqueuse utérine, qui, sous l'aspect carcinomateux, est venu envahir le ganglion de Troisier.

La nature des cellules cancéreuses et leur absolue

conformité avec celles de l'utérus nous font porter le diagnostic suivant :

« Métastase d'un carcinome utérin dans le ganglion de Troisier. »

Observation II, contrôlée par l'autopsie

Nous voyons que le néoplasme de l'utérus a tout d'abord retenti sur les ganglions lombaires gauches, qui formaient une masse volumineuse et très dure, englobant à gauche l'uretère, ce qui explique l'hydronéphrose.

De là le cancer s'est propagé à tous les ganglions mésentériques et au mésentère. Ensuite, il a envahi le pancréas, le foie, le poumon droit, le canal thoracique.

Enfin, vraisemblablement en dernier lieu, il a atteint le ganglion de Troisier.

Début probable du cancer en avril 1885.

Apparition du ganglion de Troisier le 18 octobre 1886.

Mort le 6 novembre 1886.

Observation III, pas d'autopsie

A propos de cette observation, nous pouvons nous poser les questions suivantes :

Comment s'est faite la propagation du cancer jusqu'au ganglion de Troisier ?

La tuméfaction de la région sus-claviculaire gauche était-elle isolée, ou existait-il, comme chez la malade de Raymond, une chaîne de ganglions cancéreux, abdominaux et thoraciques ?

Nous ne pouvons nous montrer affirmatif ; cependant

nous pouvons croire à leur existence, ces ganglions ayant peut-être quelque participation (compression de troncs nerveux) à la production des douleurs siégeant à l'hypogastre et s'irradiant vers la région lombaire.

Début probable du cancer en juin 1887.

Apparition du ganglion de Troisier en septembre 1887.

Mort le 29 janvier 1888.

Observation IV, contrôlée par l'autopsie

Il existait chez cette malade une chaîne de ganglions cancéreux abdominaux et thoraciques, interrompue seulement au niveau des ganglions médiastinaux postérieurs et trachéo-bronchiques restés sains.

Le cancer de l'utérus a retenti, en premier lieu, sur les ganglions iliaques et inguinaux. Les lombaires étaient atteints, les médiastinaux postérieurs et trachéo-bronchiques étaient sains, mais ceux de la partie supérieure du médiastin étaient cancéreux et ils ne formaient qu'une masse avec les ganglions sus-claviculaires gauches.

Début du cancer difficile à préciser, la malade est entrée à l'hôpital le 8 décembre 1886.

Apparition du ganglion de Troisier, 17 janvier 1887.

Mort le 17 mars 1887.

ASPECT CLINIQUE DE L'ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

D'après ce qui précède, nous voyons que dans le cancer de l'utérus, les très rares fois où on la constate, l'adénopathie sus-claviculaire apparaît presque toujours à une période avancée de l'affection néoplasique.

Elle semble précéder la terminaison fatale de peu ; en effet, la malade de l'observation II est morte 20 jours après l'apparition du ganglion de Troisier, celle de l'observation III, environ quatre mois après, celle de l'observation IV, exactement deux mois après.

Il n'y a que la malade de l'observation I, chez qui on ne peut encore prévoir la mort ; mais, malheureusement, tout porte à croire qu'elle n'est cependant pas très éloignée.

L'adénopathie sus-claviculaire gauche, secondaire à un cancer de l'utérus, présente les caractères cliniques suivants :

Elle est constituée par un ou plusieurs ganglions qui siègent dans le triangle sus-claviculaire, au-dessus du tiers moyen de la clavicule.

Au début de leur apparition, ils sont petits, mais bientôt ils font une saillie très apparente, qui bombe dans le creux sus-claviculaire. Quelquefois ils s'accroissent peu à peu (Obs. III, IV). D'autres fois ils augmentent très rapidement de volume : dans l'observation II, en 20 jours le ganglion passe du volume d'une petite noisette à celui d'un œuf de pigeon ; dans l'observation I, l'accroissement de la tumeur est plus rapide encore, puisque dans l'espace de huit jours elle passe de la grosseur d'une amande à celle d'une mandarine.

Ces ganglions ont en général une surface bosselée. Ils sont très durs, leur consistance est comparée à celle de la pierre.

Leur mobilité est assez grande ; ils ne sont pas adhérents à la peau, qui, à leur niveau, ne présente aucune altération.

Il n'y a à leur voisinage ni induration ni œdème.

Ils peuvent déterminer des phénomènes de compression qui, dans l'observation I, se traduisent par des douleurs irradiées dans le bras gauche, et dans l'observation III par des sensations paroxystiques de strangulation.

Ces ganglions ne sont le siège d'aucune douleur spontanée ni provoquée, on peut les palper, les déplacer sans que les malades éprouvent la moindre douleur.

En résumé, les caractères distinctifs de l'adénopathie sus-claviculaire gauche secondaire à un cancer de l'utérus sont les suivants : elle est formée par des ganglions qui au point de vue anatomo-pathologique reproduisent la lésion d'origine (examen microscopique du ganglion de Troisier de l'observation I).

Ces ganglions sont mobiles, durs, bosselés, indolores.

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

L'adénopathie sus-claviculaire gauche, secondaire à un cancer de l'utérus, est une curiosité anatomo-pathologique.

Sa rareté lui empêche d'être d'une grande utilité dans le diagnostic des lésions utérines suspectes, d'autant que si l'on s'en rapporte aux observations citées dans notre travail, l'apparition du ganglion de Troisier est un phénomène tardif ; elle vient en somme donner au diagnostic une confirmation dont il n'a plus besoin.

C'est un signe du plus sombre pronostic : dans 3 observations sur 4, elle précède la mort de quelques semaines.

Elle est un indice de la généralisation du néoplasme, et contre-indique toute intervention chirurgicale.

CONCLUSIONS

Nous pouvons résumer en quelques lignes les points importants contenus dans ce travail.

I. — L'adénopathie sus-claviculaire gauche secondaire à un cancer de l'utérus est d'une extrême rareté.

II. — Elle peut s'expliquer par l'anatomie et la physiologie du canal thoracique.

III. — Les cellules cancéreuses du ganglion de Troisier ont la même structure que les cellules cancéreuses de l'utérus.

IV. — L'apparition tardive de cette adénopathie lui empêche d'être d'un grand secours pour le diagnostic, car elle ne fait guère que le confirmer.

V. — Elle précède de peu, en général de quelques semaines, la terminaison fatale.

VI. — Elle interdit toute intervention opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

Bégouin. — Le cancer, *in* Précis de pathologie chirurgicale (Paris, 1920).

Forgue. — Précis de pathologie externe.

Forgue et Massabuau. — Gynécologie, *in* Nouveau Traité de chirurgie (Paris, 1916).

Henoch. — Klinik der Unterleibs-Krankheiten (Berlin, 1863).

Ménétrier. — Le cancer, *in* Nouveau Traité de médecine.

Petit. — Ganglions sus-claviculaires gauches cancéreux, dans un cas de cancer de l'utérus (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 11 novembre 1887).

Testut. — Traité d'anatomie humaine.

Troisier. — Cancer du canal thoracique (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 26 février 1886).

Troisier et Raymond. — L'adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal (Bull. et Mém de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 12 novembre 1886).

Troisier et Petit. — Ganglion sus-claviculaire gauche cancéreux dans un cas de cancer de l'utérus. Cancer de l'utérus ; ganglions sus-claviculaires gauches (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 13 janvier 1888).

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

L'adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer de l'utérus,

par Charles Monat.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 11 juillet 1922.

Le Professeur,

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 11 juillet 1922.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 12 juillet 1922.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.